

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

880

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André, Joseph, Martin JULIUS

Né le 13 août 1933 à Paris (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 1961

LES HÉMORRAGIES INTRA-CRANIENNES DU NOUVEAU-NÉ

*Statistiques faites à la maternité
de l'hôpital de Neuilly sur 3126 naissances
au cours des années 1958-1959-1960*

Président : Monsieur MERGER (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI*

1961

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1961

N°

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)
par

André, Joseph, Martin JULIUS

Né le 13 août 1933 à Paris (Seine)

-:-

Présentée et soutenue publiquement

le



LES HEMORRAGIES INTRA-CRANIENNES
DU NOUVEAU-NE

Statistiques faites à la maternité
de l'hôpital de Neuilly sur
3126 naissances au cours des années
1958 - 1959 - 1960.

-:-

Président : Monsieur MERGER (Professeur)

-:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1961.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PETIT-DUTAILLIS (D), PASTEUR VALLERY-RADOT (L), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),

DOYEN : Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon	SICARD (A)
(Cochin	QUENU (J)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu	PATEL
(Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
	CORDIER (G)
	LORTAT-JACOB
	LAURENCE
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovasculaire (Broussais)	de GAUDART d'ALLAINES (F)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (E.Mal)	LAMY (M)
Clinique Gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)

	MM.
Hygiène des collectivités (ch. à t.pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ
Pathologie et thép.générales	BOUDIN
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.)	PARROT
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	LEGER
Thérapeutique	CONTE

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

	MM.
Anatomie	(CABROL (C) COUINAUD (C) OLIVIER (G) GAUTHIER-VILLARS (Melle P) pr.s.ch.
Anatomie pathologique	BUSSER (F) GOUYGOU (Ch) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	VOURC'H (G) NEVOT (A) pr.s.ch.
Bactériologie	BARBIER (P) CHRISTOL (D) TOURNIER (P) DESGREZ (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	POLONOVSKI (J) m.conf. SCHAPIRA (G) pr.t.p.
Carcinologie	DENOIX (P) MATHE (G)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie	LEDoux-LEBARD (G)
Embryologie	TUCHMAN-DUPLESSIS (H)

MM.

Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) COUJARD (R) pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J) CORNET (A) BOYER (J) pr.s.ch. CORRE-HURST (Mme L) BASTIN (R) DUPONT (V) DEROBERT (L) pr.s.ch. HADENGUE (A) FOURNIER (E) GUENIOT (M) ALBAHARY (C) LHERMITTE (F) GRANJON (A) HERVET (E) LE LORIER (G) MORIN (P) MUSSET (R) ROBEY (M) THOYER-ROZAT (J) BREGEAT (P) SARAUX (H) JUDET (R) RAMADIER (J) DEBAIN (J) BRUMPT (L.C) pr.s.ch. CHABAUD (A) BARCAT (J) BINET (J.P.) CAUCHOIX (J) CHATELIN (C.L) DUBOST (Ch) DUBOST (Cl) FAUREL (J) FLABEAU (F) GERMAIN (A) LOYGUE (J) MERCADIER PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G) SCHNEIDER (J)
Histologie	
Hydrologie	
Hygiène	
Maladies infectieuses	
Médecine légale	
Médecine du travail	
Neurologie	
Obstétrique	
Ophtalmologie	
Orthopédie	
Oto-rhino-laryngologie	
Parasitologie	
Pathologie chirurgicale	
Pathologie exotique	

Gérontologie	BOURLIERE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GARCIN (R)
(Cochin	BROUET
(Cochin	JUSTIN-BESANCON (L)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Broussais	SOULIE (P)
(Pitié	DREYFUS (G)
(St-Antoine	KOURILSKY (R)
(Bouicaut	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nu- trition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	DAVID
(Baudelocque	LACOMME (M)
Cliniques (Port-Royal	VARANGOT
obstétricales (Foch	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.	LEPAGE
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire	TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	de SEZE
Histologie	VERNE (J)

	MM.
Pathologie expérimentale.....	(CROSNIER (J)
	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)
Pathologie expérimentale.....	(PLAS (F)
	(RICHET (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUR (H)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y).
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
	(BUGE (A)
	(CASTAIGNE (P) m.conf.
Pathologie médicale.....	(CATINAT (J)
	(CONTAMIN (F)
	(COURY (C)
	(FREZAL (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHE (Cl)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(NICK (J)
	(PEQUIGNOT (H) m.conf.
	(ROYER (P)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
Pédiatrie-Puériculture.....	(MANDE (R)
	(MOZZICONACCI (P)
	(POLONOVSKI (C)
	(ROSSIER (A)
	(LEVY (Mlle J) pr.s.ch.
Pharmacologie.....	(BOISSIER (J)
	(LECHAT (P)
Physiologie.....	(DEJOURS (P)
Physique médicale.....	(GOUGEROT (L) m.conf.
Pneumo-phtisiologie.....	(KREIS (B)
Psychiatrie.....	(FICHOT (P)
Psychiatrie infantile.....	(DUCHE (D)
Rhumatologie.....	(DELBARRE (F)
	(CERNEA (P)
Stomatologie.....	(CHAPUT (Mme A) m.c.agr.
	(GRELLET (M)
	(CHASSAGNE (P)
Thérapeutique.....	(LAMOTTE (M)
Urologie.....	(QUENU (L)

III PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
Clinique chirurg.	(ABOULKER (P)	Clinique	(GRASSET (J)
	(AMELINE (A)	obstétricale	(MAYER (M)
	(HUGUIER (J)		(RAVINA (J)
	(OLIVIER (C)	Clinique	(DESVIGNES (P)
	(PADOVANI (P)	ophtalmol.	(OFFRET (G)
	(POILLEUX (F)	Clinique oto-}	(MADURO (R)
	(ROUX (M)	rhino-laryng. }	
	(VERNE (J.M)	Clinique pé- }	(LAPLANE (R)
	(HAGUENEAU (J)	diatrique et }	
	pr.s.ch.	puériculture }	
Clinique médicale	(DOMART (A)	Clinique	(BARUK (H)
	(PERRAULT (M)	psychiatrique }	
	(RAMBERT (P)	Clinique	(KUSS (R)
	(THIEFFRY (S)	urologique }	

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J) pr. à t.pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) pr.s.ch.
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL(G) Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la bibliothèque	M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Chers Parents,

En témoignage de ma
reconnaissance et de
toute mon affection.

A ma Fiancée,

Avec toute ma tendresse.

A mes Beaux-Parents,

Avec mes plus affectueux
sentiments.

A ma Famille,

A tous mes Amis.

A notre Président de Thèse, .

Monsieur le Professeur R. MERGER,

Professeur d'Obstétrique à la
Faculté de Médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse,

En témoignage de respec-
tueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur TORRE,

Qui nous a inspiré le
sujet de cette thèse;

Qu'il trouve ici, avec nos
remerciements, l'expres-
sion de notre profonde
gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé LEVY,

En remerciement de l'aide
qu'il nous a apportée
dans l'élaboration de ce
travail et de ses conseils.

A Monsieur le Docteur PEDRONO,

Dont l'aide nous fût très
précieuse.

A mes Maîtres d'Externat,

MM. les Professeurs : AMELINE,
FAUREL,
LEPAGE,

En témoignage de notre
respect et de notre
profonde gratitude,

Pour l'enseignement aussi
riche qu'humain qu'ils
nous ont prodigué avec
bienveillance.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris,

Hommage respectueux.

A Messieurs les Membres de mon Jury de
thèse.

LES HÉMORRAGIES INTRA-CRANIENNES

DU NOUVEAU-NE

Statistiques faites à la maternité
de l'Hôpital de Neuilly sur 3126
naissances au cours des années 1958,
1959 , 1960.

Les hémorragies intra-craniennes ont une place spéciale dans la pathologie du nouveau-né, tant par leur fréquence que par la gravité de leur évolution en particulier chez le prématuré.

Les signes cliniques de l'hémorragie méningée sont en général évidents. Ils apparaissent à un stade variable au cours des 2 ou 3 premiers jours :

- tantôt c'est dès l'accouchement un état de mort apparente se manifestant suivant les cas par une syncope blanche ou une asphyxie bleue. La réanimation est parfois impossible surtout lorsqu'on se trouve devant une syncope blanche et c'est l'autopsie qui fera la preuve de l'hémorragie méningée. Le plus souvent la respiration s'établit, l'enfant se met à crier, mais le cri n'est pas vigoureux, l'enfant geint, hypotonique il inquiète, on le met sous surveillance attentive, en chambre chaude, sous oxygène.

- Parfois il existe un intervalle libre de quelques heures, les signes alarmants s'installent après une naissance normale avec un premier cri immédiat,

- tantôt, et c'est le tableau le plus caractéristique, ce n'est qu'au bout de 24 à 48 heures qu'apparaissent les premiers signes de l'hémorragie méningée, l'examen du premier jour montrant un enfant rose, respirant bien.

L'hémorragie méningée se manifeste alors par des signes qui sont isolés ou associés :

1) L'aspect de l'enfant est déjà évocateur de la gravité de l'affection :

- les traits se tirent, le visage devient gris, mélange de pâleur et de cyanose avec un nez blanc, les yeux sont grand ouverts; l'enfant pousse des gémissements brefs et plaintifs.

2) Troubles respiratoires :

- crises d'apnée, avec cyanose prolongée; la respiration devient rapide et irrégulière.

3) Signes nerveux :

- signes directement méningés : tension de la fontanelle;
- somnolence ou agitation précédant le coma;
- troubles du tonus : hypertonie parfois avec rejet de la tête en arrière, corps raidi en extension, hypotonie flasque le plus souvent.

4) Des convulsions, des paralysies des nerfs craniens peuvent se manifester :

- les signes oculaires ont un grand intérêt : nystagmus, strabisme, signe des yeux en coucher de soleil;

- disparition des reflexes archaïque, des reflexes de succion, de déglutition;

- troubles vaso-moteurs : alternance de rougeur et de pâleur, constitution d'un sclérome génito-pubien puis généralisé chez un enfant pourtant maintenu en incubateur;

- troubles végétatifs : dérèglement du centre thermo-régulateur avec fièvre anormale ou le plus souvent chute thermique de 1 ou 2 degrés, parfois plus, la température est "imprenable" si ce n'est avec des thermomètres spéciaux; cette hypothermie, si elle permet une diminution des besoins de l'organisme (phénomène utilisé

par les médications neuroplégiques) peut entraîner un enchaînement de troubles neurovégétatifs nuisibles.

Devant ces signes ou même l'un d'eux isolé, la ponction lombaire s'impose :

1) Faite avec une grande douceur, en decubitus latéral au moyen d'une fine aiguille, elle peut soulager certains états de mal par soustraction liquidienne, lorsque le liquide est hypertendu coulant en jet ou en gouttes pressées témoignant de l'hypersecretion et de l'œdème méningé ;

2) Elle élimine la méningite aiguë dont le traitement doit être entrepris d'urgence ;

3) Elle permet ou confirme le diagnostic devant un liquide rouge cerise ne coagulant pas dans le tube ;

4) Néanmoins il ne faut pas avoir la ponction lombaire trop facile, il est préférable de la faire 48 heures ou 72 heures après la naissance, ne pas la renouveler pour ne pas provoquer une reprise de l'hémorragie ou alors attendre 3 ou 4 jours pour réitérer.

- Parfois la ponction lombaire est moins évocatrice et d'interprétation difficile :

a) liquide céphalo-rachidien rouge par piqure accidentelle d'un vaisseau sanguin, mais l'épreuve des 3 tubes - lorsqu'elle est réalisable - et la formation d'un caillot le différencient de l'hémorragie méningée vraie ;

b) liquide clair sans hématie d'une hémorragie intra-ventriculaire bloquée : la ponction ventriculaire permet seule le diagnostic ;

c) liquide de couleur jaune, témoignant d'une hémorragie datant déjà de un ou deux jours ou plus.

Mais cette couleur jaune se voit également chez les prématurés ictériques. L'albuminorachie est plus élevée que la normale en cas d'hémorragie cérébro-méningée, atteignant 1,8 gr ‰ et même plus, alors que le taux normal est de 0,60 gr. ‰ chez le nouveau-né à terme. Chez le prématuré, son taux peut atteindre 0,80 à 1 gr ‰ sans signification particulière, c'est dire la difficulté d'interprétation des résultats dans certains cas limites;

d) liquide clair sans blocage ; la numération des éléments du culot de centrifugation à la cellule de nageotte peut indiquer des hématies en grande abondance, se chiffrant par centaines alors que le chiffre normal ne dépasse pas 60 hématies par mm^3 ;

e) enfin parfois ponction blanche.

Le diagnostic d'hémorragie méningée étant fait, le pronostic est extrêmement réservé pendant les premiers jours et ceci d'autant plus que l'enfant est plus prématuré ou plus débile.

ETUDE ANATOMIQUE, ETIOLOGIE PATHOGENIE

-:-

Les lésions hémorragiques intracrâniennes du nouveau-né ne sont connues au point de vue anatomique que dans les cas mortels. Il s'agit en général de lésions étendues auxquelles s'associent fréquemment des lésions à distance, hémorragies des différents parenchymes, en particulier le foie, le rein, le poumon.

Les foyers hémorragiques siègent souvent à la face externe des hémisphères, surtout au voisinage du lobe postérieur. Lantuéjoul insiste sur le fait que souvent le point de départ de l'hémorragie est situé à l'intérieur même de la tente du cervelet, les déchirures dure-mériennes provoquent la rupture de très nombreux capillaires méningés. Une hémorragie cérébrale est souvent associée à l'hémorragie méningée, soit évidente y creusant de véritables géodes, soit plus discrète sous forme de purpura ou de congestion plus ou moins intense. Chez le petit prématuré, surtout si le poids est inférieur à 1300 gr. l'hémorragie est fréquemment intraventriculaire, avec sang et caillots distendant l'un ou les deux ventricules latéraux à côté des plexus choroïdes fortement congestifs.

L'examen microscopique des fragments de système nerveux montre outre une congestion vasculaire intense, des oedèmes qui traduisent une suffusion séro-albumineuse périvasculaire visible dans les mailles du tissu réticulé sous-arachnoïdien. Ces oedèmes sont le témoignage de thrombose des capillaires superficiels.

Les lésions de méningo-encéphalites ou d'encéphalite sont parfois rencontrées et peuvent expliquer une fragilité capillaire particulière.

Discussions Etiologiques.

Certains facteurs sont déterminants :

1) Le traumatisme obstétrical.

- Dans son sens physiologique, chez un enfant à terme le "traumatisme de la naissance" ne doit pas jouer de rôle, bien que la bosse séro-sanguine et la déformation du crâne permettent de supposer la possibilité de phénomènes congestifs intra-craniens concomitants même au cours d'un travail normal.

- Le rôle de la dystocie est évident chaque fois qu'il existe une disproportion notable entre le volume de la tête fœtale et les dimensions du bassin, soit par excès de volume du fœtus soit plus fréquemment due à un bassin rétréci, cette disproportion peut intervenir pour créer des lésions du système nerveux.

- Ces lésions s'observent encore plus fréquemment lorsque la dystocie a nécessité une intervention obstétricale en particulier la version podalique terminée par une grande extraction du siège, une mauvaise indication d'application de forceps.

2) L'anoxie :

Les causes d'anoxie pendant le travail sont nombreuses, remarquables par leur diversité ;

- Perturbation de la dynamique des contractions utérines : travail traînant, hypertonie utérine, travail trop rapide ;

- Les troubles de la circulation du cordon :

- circulaire serrée

- procidence du cordon.

- Les présentations difficiles, en particulier le siège ;

- L'abus des analgésiques et des anesthésiques ;

- L'emploi maladroit des ocytociques majeurs tel la post hypophyse, en particulier les

injections massives faites à intervalle trop rapproché par voie intra-musculaire.

L'anoxie peut avoir également une cause pathologique d'origine maternelle, lésion ou disfonctionnement placentaire :

- placenta praevia
 - toxémie gravidique
 - hémorragies répétées
 - avortements spontanés antérieurs
- d'où malnutrition placentaire.

L'anoxie crée un traumatisme chimique qui joue un rôle capital dans l'origine des troubles de la perméabilité des capillaires dont le rôle a été mis en évidence par Minkowski.

Les troubles capillaires peuvent être appréciés par deux méthodes :

a) le procédé de la ventouse de Levollay qui a permis de mettre en évidence un facteur très important :

- l'opposition entre la résistance capillaire augmentée de l'enfant à terme et la grande fragilité capillaire du prématuré;

b) la capillaroscopie montre chez le prématuré le plexus sous papillaire plus visible avec des vaisseaux plus dilatés et ceci plus longtemps que chez le nouveau-né à terme.

Si la vitamine K et l'esculoside sont sans effet sur la résistance vasculaire, Minkowski a démontré que la vitamine E donnée à la mère relevait la résistance vasculaire de l'enfant prématuré et diminuait la fréquence des hémorragies intracrâniennes par rapport à un groupe témoin. Administrée au prématuré la vitamine E entraîne à la capillaroscopie une rapide disparition de la netteté du réseau avec vasoconstriction en 4 à 5 jours seulement, au lieu de 24 à 45 jours.

En même temps la résistance vasculaire du prématuré s'élève de 10 à 20 cm de mercure.

Vaso-dilatation et fragilité capillaire vont donc de pair chez le prématuré et sont toutes deux influencées favorablement par l'administration de vitamine E.

Les troubles de la crase sanguine ont été très étudiés par J.P. SOULIER, MINKOWSKI et D. ALAGILE. Ces auteurs exposent les faits de la manière suivante :

1) Il existe à la naissance un allongement du temps de coagulation, il se situe du 2ème ou 3ème jour jusqu'aux 7ème ou 10ème jours; il est discret et inconstant;

2) Le taux de fibrinogène, le nombre et la qualité des plaquettes sont normaux;

3) Il existe par contre une hypoprothrombinémie actuellement bien connue :

- Le temps de QUICK montre une hypothrombinémie modérée à la naissance, 60 à 70 %. Ce chiffre passe par un minimum entre le 2ème et le 5ème jour (15 à 30 %) pour se normaliser entre le 6ème et le 10ème jour.

Le temps de QUICK apprécie globalement les effets de la prothrombine, de la proconvertine et de la proaccelerine.

Or,

- la proaccelerine n'est pas modifiée,
- la proconvertine subit une chute rapide et importante,
- la prothrombine une chute moins intense et plus retardée.

Chez le prématuré le déficit en proconvertine et en prothrombine est important et dure 2 à

3 semaines.

On a voulu rapporter cette chute de la prothrombine et de la proconvertine à une carence en vitamine K due à une carence de l'apport et à une carence de synthèse par aseptie intestinale.

Mais la vitamine K administrée à la mère ou à l'enfant à la naissance, n'a qu'une faible action sur l'hypoconvertinémie physiologique de l'enfant à terme une action nulle chez le prématuré.

Il semble qu'il s'agisse d'une incapacité du foie du nouveau-né à faire la synthèse de ces facteurs, l'immaturité fonctionnelle étant plus nette chez le prématuré.

A côté des facteurs déterminants que sont le traumatisme obstétrical et l'anoxie, il existe un certain nombre de causes plus rares ou indirectes :

1) Les infections : la syphilis congénitale a vu son rôle et sa fréquence diminuer d'une part grâce aux dépistages, d'autre part par suite d'une meilleure connaissance des autres causes.

D'autres septicémies et toxi-infections peuvent être les responsables ainsi que certaines affections particulières qui commencent à être mieux connues :

- Maladie des inclusions cytomégalytiques,
- Toxoplasmose.

2) Les intoxications : qu'elles soient d'origine endogène (diabète, toxémie) ou exogène (alcoolisme) elles ne jouent de rôle qu'en tant que facteur de débilité.

En réalité, il est rare qu'il n'y ait qu'un seul facteur en jeu et plusieurs facteurs se groupent pour que l'hémorragie se produise.

La localisation nerveuse de cette hémorragie s'explique et par les troubles hémodynamiques provoqués au niveau de la tête par le travail et l'expulsion, et par la riche vascularisation de la substance nerveuse sous-corticale.

L'hémorragie une fois déclenchée provoque à la fois des signes de choc et de compression, lesquels vont à leur tour retentir sur la ventilation respiratoire et aggraver l'anoxie : le cercle vicieux cerveau-poumons est alors constitué, le poumon présente des modifications vaso-motrices et circulatoires, de l'œdème, des hémorragies en nappes d'où aggravation de l'anoxie et action sur les centres neuro-végétatifs.

Au cours des années 1958, 1959 et 1960, il a été constaté à la maternité de l'hôpital de Neuilly 27 cas d'hémorragie méningée sur 3126 naissances.

Pour 21 d'entre eux une ou plusieurs circonstances favorisantes apparaissent :

- 1/ 7 grossesses pathologiques
 - . Infection urinaire à proteus, au cours du 8ème mois avec albuminurie,
 - . hypertension artérielle
 - . albuminurie avec œdèmes
 - . métrorragies
 - . maladie mitrale et pyélonéphrite
 - . chute suivie de métrorragie
 - . placenta praevia avec hémorragie importante au 6ème mois.

2/ 17 accouchements perturbés :

- . placenta praevia
- . inértie utérine
- . Hypertonie utérine
- . bassin limite
- . absence de rotation, non progression.

3/ 20 naissances prématurées :

14 avant le terme de 7 mois $\frac{1}{2}$

16 avec un poids à la naissance inférieur à 2,300 kg. Ces naissances prématurées étant liées aux grossesses pathologiques.

4/ La primiparité :

20 cas sur 27 accouchements suivis d'hémorragie méningée alors que pour la même période, moins de 50 % des accouchées du service sont des primipares.

5/ L'application de forceps a eu lieu 9 fois sur 27, alors que la statistique du service montre une fréquence de une application de forceps pour 10 naissances seulement.

EXPOSITION ET ANALYSE
DES 27 CAS

--

1958

Cas n° 1

THO...

Antécédents maternels :

Syphilis traitée de 1947 à 1951 pendant la phase secondaire, sérologie négative depuis 1951.

Primipare, a consulté 4 fois pendant sa grossesse, à partir du 7ème mois à la consultation de la maternité.

Tension artérielle : 15/10 aux différentes visites, poids 82 kg pour une taille de 1,52 m un régime sans sel lui a été conseillé.

Rien de particulièrement notable n'est constaté au point de vue obstétrical, présentation céphalique, augmentation régulière de la hauteur utérine.

- Entre le 2 février 1958 à 20 h 30 pour pertes sanguinolentes : B d C +, H U : 36
T.V = tête en bas col effacé perméable à 1 F.
Reçoit : 1 phénergan dolosal.

- Le 3.2.58 à 12 h : tête appliquée au détroit supérieur en gauche postérieure, mal fléchie, col épais dilatation 2 F pas de contractions utérines. B d C bien frappés.

Prescription de 3 fois 20 cg de spartéine

A 15 h dilatation petite paume.

Tête au détroit supérieur.

B d C +, rares contractions utérines.

Reçoit 2 ½ U de post-hypophyse en 5 fois à 1/4 d'heure d'intervalle.

- A 19 h 30 dilatation entre petite et grande paume, tête à la limite de l'engagement.

Contractions espacées de 5 mn, durent 30 à 40 secondes.

B d C lents et sourds.

Reçoit : 1 dolosal et une coramine en intra-musculaire
oxygénation.

Mêmes résultats des examens jusqu'à 22 h 15.

Pose d'une perfusion en intra-veineuse lente de 5 unités de syntocinon dans 250 cc de sérum glucosé.

Expulsion de liquide méconial

B d C non perçus.

A dilatation complète application de forceps Démélin avec lacs.

1ère prise en gauche postérieure
rotation descente

2ème prise en occipito-pubienne

Extraction d'une fille criant aussitôt,
pesant 3880 g

Délivrance naturelle complète 700 g

Sang du cordon : sérologie négative.

48 h après la naissance, le 5.2.58 l'enfant présente les signes suivants :

- . position en opisthotonos
- . convulsions
- . hyperthermie

La ponction lombaire montre un liquide franchement hémorragique.

L'enfant reçoit 2 jours de suite :

- . pénicilline 500.000 U
- . solurutine ½ ampoule

- vitamine K1 10 mg
- gardénal

Le 7 pas de convulsions, température normale.

Le 10 : Moro positif, réflexes locomoteurs :
néant

succion normale
sommolence

Le 15 les réflexes sont tous normaux, tonus
normal comportement normal, poids 3.900 g

Sortie autorisée.

Cet enfant n'a pas été ultérieurement suivi par la consultation de pédiatrie de la maternité.

o

Cas n° 2

ANT...

Antécédents maternels :

- Poliomyélite forme paralytique à 12 ans
- primipare

Entre le 28 mai 1958 à 13 h 30 au terme de 8 mois.

Examen à l'entrée : hauteur utérine 26, tête en bas, dos à gauche. Bruits du coeur .+

T.V. : col épais dilatation à petite paume, tête au détroit supérieur petite bosse séro-sanguine. Poche des eaux rompue , liquide clair , abondant.

Entre les contractions l'utérus se relâchant mal la parturiente reçoit une spasmalgine intra-musculaire.

16 h 30 : dilatation grande paume. ; col épais, B d C +, rares contractions.
20 cg de spartéine.

18 h 30 accouchement d'un garçon vivant criant aussitôt, pesant 2.600 g

délivrance naturelle complète.

- Presqu'aussitôt après la naissance, l'enfant fait plusieurs périodes d'apnée, il reçoit une demi ampoule de coramine, en intra-musculaire.
- Le 29 : enfant très cyanosé
la ponction lombaire montre un liquide rouge cerise.
- Enfant mis sous oxygène, la cyanose persiste; décès le 30.5.58 à 21 heures.

o

Cas n° 3

LEC... - Primipare

Antécédents :

Ablation de l'ovaire gauche et de la trompe gauche en 1956, pour kyste et hydrosalpinx.
Hernie discale opérée en 1955.

Entre le 27.6.58 à 20 h.

Examen à l'entrée : H U : 32, tête en bas, bruits du coeur ++, quelques contractions utérines.

T.V. : col long perméable aux 2 orifices.
membranes intactes.

Le 28.6.58 à 12 h

- Même examen, utérus hypertonique
- Reçoit 3 spasmalgines à 20 minutes d'intervalle
- A 22 h 20 :
Passage en salle de travail :
- Col effacé tête en droite transverse au détroit supérieur, petite bosse séro-sanguine. Bruits du coeur bien frappés.

A 23 h : modification des bruits du coeur

Reçoit 1 coramine intra-musculaire.

Tonus utérin élevé : 1 spasmaverine intra-veineuse.

Col ayant tendance à s'oedématiser.

Pose d'une perfusion de 500 cc de sérum glucosé avec 5 unités de post-hypophyse.

A 0 h 30 : bruits du coeur irréguliers, col perméable à 2 F, tête élevée, bonnes contractions utérines.

A 0 h 55 : début d'engagement en droite transverse ; bruits du coeur sourds.

A 1 h 15 : dilatation complète : application de forceps Démélin à la partie moyenne de l'excavation. Extraction facile d'une fille pesant 2 630 g, criant après 5 minutes de soins.

Délivrance naturelle suivie de révision utérine.

L'enfant reçoit ½ ampoule de solurutine, 1 ampoule de vitamine K1, en intra-musculaire, ainsi que 200.000 unités de pénicilline, il est mis sous oxygène en chambre chaude.

Il présente :

Le 29 : accès de cyanose

Le 30 : hypertonie, Moro et locomoteurs : néant.

La ponction lombaire montre un liquide jaune avec dépôt d'hématies après centrifugation.

L'enfant reçoit 3 jours de suite :

- Pénicilline 400.000 U
- Streptomycine 0,10 g
- Vitamine K1 et Solurutine
- Gardénal 1 cg.

Les signes rétrocedent progressivement et l'enfant sort le 12ème jour après sa naissance avec un poids de 2.850 g.

Non suivi, par la suite, par la consultation de pédiatrie de la maternité.

Cas n° 4

BOU...

Troisième pare. Pas d'antécédents notables.

2 accouchements avant terme. --
1951 à 8 mois, 2.160 g, bien portant.
1953 à 7 mois 1900 g, bien portant.

Entrée le 20.8.58 à 23 h 50 au terme de 7 mois $\frac{1}{2}$.

Examen à l'entrée :

H U : 28 cm, tête en bas mobile, dos à droite. Bruits du coeur bien frappés.
Membranes rompues, liquides clair.

Le 21 à 3 h 30 : dilatation petite paume,
bruits du coeur +
5 h 20 : dilatation complète,
efforts expulsifs
5 h 30 : accouchement normal d'un
garçon vivant criant aussitôt pesant 2,260 kg.

Délivrance naturelle complète.

Comportement normal de l'enfant jusqu'au 27.8.58 soit un intervalle libre particulièrement long :

Le 27 : Dyspnée, cyanose importante, oedème pulmonaire.

Le 28 : reçoit pénicilline, streptomycine
gardénal lcg.
digitaline : 1 goutte

Ponction lombaire : liquide xanthochromique

Le 3 : va très bien, arrêt de la thérapeutique.

Le 6 : crises de cyanose, oedème sus-pubien.

Ensuite : amélioration, pas de crise de cyanose à partir du 10 septembre, prise de poids régulière, sort le 27 septembre avec un comportement normal.

Cas n° 5

DEN... Primipare

Antécédents familiaux : Père décédé tuberculeux pulmonaire : 2 soeurs et 1 frère tuberculeux.

La parturiente avait fait une tuberculose pulmonaire en 1948, traitée par antibiotiques en 1955 résection du segment apical supérieur droit.

Grossesse d'évolution normale.

Etant donné le passé pulmonaire on prévoit de faire un forceps à la vulve.

Le 28.8.58 : à 13 h : dilatation 2 Fr. La femme reçoit 1 phénergan -dolosal

17 h 45 : Dilatation petite paume, tête en bas, mobile, bruits du coeur + Rupture artificielle de la poche des eaux, liquide clair : 20 cg de spartéine.

20 h 30 : Forceps Tarnier, application sur sommet en occipito-sacrée. Extraction d'une fille vivante, criant aussitôt pesant 3600 g. Délivrance artificielle 650 g.

L'enfant reçoit une injection intra-musculaire d'une ampoule de vitamine K1 et d'une ampoule de solurutine. Comportement normal jusqu'au 31 août:

Le matin, l'enfant a des vomissements verdâtres, reçoit 3 cg de gardénal, pénicilline 300.000 U, streptomycine 0,16 g par jour.

Le 1er septembre, cyanose péri-buccale qui se poursuit malgré le maintien en chambre chaude et sous-oxygène.

Le 4 : ponction lombaire : liquide hypertendu mais clair.

Le 5 : lavage d'estomac.

Le 6 : paralysie faciale gauche, type périphérique, hypotonie.

Le 9 : se cyanose dès qu'on le sort de la tente à oxygène.

Auscultation : coeur rapide, pas de souffles.

Poumons : auscultation normale.

Le 11 : Ponction lombaire : nombreuses hématies au culot de centrifugation.

albuminocrachie:
0,30 g %.

Hypotonie marquée.

Le 15 : Ne doit rester sous la tente à oxygène que par intermittence.

Prend du poids régulièrement.

Le 24 : Suppression totale de la tente à oxygène, sans crises de cyanose.

Sort le 28 avec un comportement normal.

o

Cas n° 6

CLE... Primipare sans antécédents notables.

Présence de traces d'albumine depuis le début de la grossesse.

Hospitalisée le 29 août à 6 h :
grossesse de 7 mois, utérus tonique, se relâchant mal, hauteur utérine 29 cm. Tête en bas, dos à droite, bruits du coeur perçus.

T.V. : présentation céphalique mobile, col court perméable aux 2 orifices, membranes rompues : liquide teinté de méconium, fétide.

La femme reçoit 2 coramine, 1 spasmavérine en injection intra-musculaire.

Les bruits du coeur deviennent irréguliers.

10 h 25 : efforts expulsifs, on constate une latérocidence du cordon.

Accouchement naturel IODP-OP d'un garçon vivant, criant aussitôt pesant 1250 g.

Délivrance artificielle 290 g, le placenta montre des traces d'infarctus anciens.

L'enfant est descendu en incubateur où il fait de nombreuses crises d'apnée, de convulsions.

Ponction lombaire : liquide hémorragique.

Décès de l'enfant au bout de 48 h.

o

Cas n° 7

BIL... Primipare

Pas d'antécédents notables.

Evolution normale de la gestation.

Entre le 30.9.58 à 8^h,55, grossesse à terme.
T.V. : présentation céphalique appliquée au D.S., col légèrement postérieur en voie d'effacement à peine perméable, membranes rompues.

Rares contractions. Bruits du coeur perçus.

A 18 h : dilatation stationnaire, col souple.
bruits du coeur lointains et irréguliers.

19 h 30 : Dilatation 2 A, B et C plus réguliers.

La femme reçoit une injection intra-musculaire de phénergan-dolosal.

A 20 h : pose d'une perfusion intraveineuse de 5 unités de syntocinon dans 250 cc de sérum glucosé.

A 21 h : accouchement naturel à terme d'un garçon vivant criant aussitôt pesant 2950 g.

Délivrance naturelle complète 600 g.

Le 2.10 : l'enfant est cyanosé, il est mis sous la tente à oxygène, reçoit $\frac{1}{2}$ ampoule de caféine.

Il est hypotonique, les réflexes locomoteurs sont absents, la respiration est hâletante.

Le 3.10 : Polypnée, mouvements spasmodiques
Hématémèse

La ponction lombaire montre un liquide xanthochromique.

Le 6 : le liquide céphalo-rachidien est normal, mais, il n'y a pas d'amélioration clinique l'enfant est toujours aussi dyspnéique.

Une radiographie sans préparation montre un coeur refoulé à droite, un champ pulmonaire gauche avec une image de clarté diffuse. Le lavement baryté confirme le diagnostic de hernie diaphragmatique.

Le 9 : cyanose importante, l'intervention chirurgicale est décidée d'urgence.

L'enfant meurt 10 jours après l'opération.

o

Cas n° 8

TOU... Primipare, pas d'antécédents particuliers.

Grossesse émaillée d'incidents depuis le 1er mois :

- . métrorragies les 4 premiers mois
- . vomissements incoercibles
- . albuminurie modérée, mais pratiquement permanente.

Le diagnostic de grossesse gémellaire a été posé au 7ème mois par son médecin traitant.

Hospitalisée le 29.11.58 à 6 h 30 :

- grossesse de 8 mois, hauteur utérine 36 cm
col effacé, dilatation 5 F

A 11 h dilatation grande paume, rupture provoquée de la poche des eaux, liquide abondant, méconial. Bruits du coeur +.

A 12 h 20 : dilatation complète

12 h 25 : application de forceps Tarnier à la partie basse de l'excavation sur un sommet en O.P.

Extraction d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 2.500 g.

12 h 45 ; naissance du 2ème jumeau
accouchement naturel par le sommet en OIGA.

Garçon vivant, pesant 1.660 g, très cyanosé, réanimé sous oxygène, reçoit en injection intramusculaire 1 ampoule de vitamine K1 et ½ ampoule de solurutine.

Examen du placenta : 1 seul placenta où s'insèrent 2 cordons de volume très inégal anastomosés à plein canal entre les 2 cordons.

Le 2ème jumeau est descendu en incubateur. Il est hypotonique, cyanosé. La ponction lombaire ramène un liquide rouge cerise.

Il meurt au bout de 36 heures.

o

Cas n° 9

RIC... Primipare, pas d'antécédents notables.

Depuis le 8ème mois, hypertension artérielle, maxima oscillant entre 15 et 17 cm Hg.

Hospitalisée le 5.11.58 à 7 heures.
Hauteur utérine : 33 cm, grossesse à terme.
Bruits du coeur perçus.
Tête en bas, dos à droite.

T.V. : col très postérieur presque effacé,
non perméable, membranes intactes,
Pas de contractions utérines.

A 18 h ; perte de liquide franchement teinté
de méconium.

Contractions utérines peu intenses sur un
fond douloureux permanent.

Bruits du coeur bien frappés.

Dilatation 2 F, col souple mince, la
parturiente reçoit une injection intra-mus-
culaire de spasmalgine.

19 h 20 : dilatation 5 F, col mince, bonnes
contractions.

20 h : même examen

20 h 30 : Pose d'une perfusion intraveineuse
de 10 unités d'ocytocine dans
500 cc de sérum glucosé isotonique.

Tension artérielle 16/10

Bruits du coeur +

20 h 45 : Dilatation complète :

- Application du Forceps Demelin en droite
transverse.

Extraction d'une fille née en état de
mort apparente criant après 10 mn de soins,
pesant 3.400 g.

Reçoit une injection intra-musculaire de
soluturine, vitamine K1, pénicilline 200.000
Unités, streptomycine 0,10 g.

Le 6.11.58 : l'enfant présente une hypotonie
marquée. Réflexes locomoteur, Moro abolis,
cyanose importante. La ponction lombaire
ramène un liquide sanglant.

Les jours suivants amélioration progres-
sive.

Le 13 : ponction lombaire xanthochromique.

Sortie le 17 : bon aspect réapparition
des locomoteurs et Moro

Cas n° 10

SER... Primipare

Antécédents :

- Rhumatisme articulaire aigu à 10 ans, sans séquelles cardiaques.
 - Pendant la grossesse albuminurie permanente, depuis le 3ème mois.
 - Hospitalisée au terme de 7 mois $\frac{1}{2}$, le 4 novembre, avec une albuminurie de 2,9 g %/oo et une dysurie importante.
 - A l'examen : tête en bas, dos à gauche, bruits du coeur perçus.
- T.V. : col court perméable à l'orifice externe.
- On trouve une douleur provoquée au point urétéral inférieur droit.

Le 5 novembre on pratique un compte d'Adis
389.000 hématies/mn
83.000 leucocytes/mn

- Les urines des 24 heures sont peu abondantes, 500 cc troubles : on y identifie un germe : proteus sensible surtout à la furadoïne.
- Urée sanguine 0,50 g %/oo.

L'état général est médiocre : anorexie, vomissements, tachycardie à partir du 15 novembre.

- La réserve alcaline est à 45 volumes
- L'urée sanguine à 0,80 g %/oo.

Le 17 à 23 h : douleurs abdominales vives, perd les eaux. Bruits du coeur bien frappés, dilatation 1 F, reçoit 1 dolosal et 1 coramine en injection intra-musculaire.

Le 18 à 3 h : dilatation 2 F

à 5 h 15 : tête à la vulve, accouchement naturel du sommet en occipito-pubienne d'un garçon vivant criant après 3 mn de soins,

(½ ampoule de caféine, solurutine, vitamine K1)
pesant 2.900 g.

Examen le 18 : Le bébé est hypertonique, attitude en opisthotonos, mouvements convulsifs.

Les réflexes locomoteurs, le Moro sont abolis.

La ponction lombaire ramène un liquide sanglant.

Le 19 : mouvements convulsifs : hypertonie importante.

Il reçoit : gardénal 2 cg par jour, pénicilline : 200.000 U. Streptomycine 0,10 g

Le 21 : hypertonie moins marquée, respiration suspireuse.

Le 24 : Ponction lombaire : liquide jaune,
440 hématies/mm³ à la cellule de Nagotte, albuminorrachie 0,60 g %.

Le 26 : Pas de convulsions tonus normal ; réapparition des locomoteurs et du Moro dans la première semaine de décembre.

Sort le 8 décembre avec un comportement qui paraît normal .

o

Cas n° 11

JUB... Primipare

Taille 1,40 m. Origine : Bretagne

Entre le 10.12.58 à 21 h 30

Examen à l'entrée : Utérus ovoïde, paroi abdominale mince, dos à droite, tête en bas mobile. Bruits du coeur perçus, hauteur utérine 36 cm. T.V. : col court, perméable à l'orifice externe, épines sciatiques saillantes, promontoire atteint à bout de doigt. Rares contractions utérines.

Le 11 à 7 h 30 : rupture spontanée de la poche des eaux. Dilatation 2 F, tête non engagée. La femme reçoit une injection intramusculaire d'une ampoule de phénergan et d'une ampoule de dolosal.

A 11 h : rares contractions utérines, même dilatation du col, bruits du coeur bien frappés.

Pose d'une perfusion intraveineuse de 10 unités de syntocinon dans 500 cc de sérum glucosé isotonique.

11 h 45 : dilatation complète.

Application de forceps Demelin sur sommet en droite antérieure à la partie basse de l'excavation.

Extraction d'un garçon vivant cyanosé crie après désobstruction et 5 minutes de soins. Pèse 3530 g, reçoit une injection intra-musculaire de solurutine et 1 ampoule de vitamine K1.

Le 12 : respiration rapide, Moro incomplet, locomoteurs absents.

La ponction lombaire ramène un liquide rouge .

Le 14 : hypertonie importante, gardénal 2 cg par jour

Le 15 : hypertonie moins marquée.

Réapparition des réflexes locomoteurs et du Moro

Sort le 18 avec un comportement normal.

o

1959

Cas n° 12

BUL... Quatrième pare, cinquième geste.

1950 : fausse couche 1 mois $\frac{1}{2}$, curettée.

1953 : Gémellaire, accouchement au terme de 6 mois, décès des jumeaux le 1er jour. Hémorragie de la délivrance.

1954 : Accouchements normal à terme d'une fille pesant 3240 g. Délivrance artificielle.

1955 : Accouchement normal à terme - délivrance artificielle.

1956 : Accouchement normal à terme - délivrance artificielle.

Dernières règles du 21 au 26 mars 1959.

Examen à l'entrée à 22 h, le 18.11.59 :
Grossesse non suivie par la Consultation au terme de 7 mois $\frac{1}{2}$. Hauteur utérine 40, on constate une grossesse gémellaire avec excès de liquide.

Rupture artificielle de la poche des eaux, liquide méconial.

22 h 50 : Tête à la vulve.

1er jumeau : garçon vivant criant aussitôt pesant 1880 g.

Rupture de la 2ème poche des eaux :

Au toucher vaginal : présentation du sommet avec procidence d'un bras.

23 h 15 : naissance du 2ème jumeau pesant 1980 g, criant aussitôt.

Cet enfant est très cyanosé et présente des mouvements convulsifs.

La ponction lombaire faite le lendemain du jour de la naissance montre :

- un liquide xanthochromique
- à la cellule de Nageotte 152 hématies/mm³
19 leucocytes
- albuminorachie : 0,60 g/litre.

Enfant décédé le 21 dans une crise de cyanose.

o

Cas n° 13

PER.... Primipare

Antécédents : Opérée d'un polype utérin en 1958.

Grossesse d'évolution normale, régime sans

sel pour prise de poids de 4 kg au 6ème mois.

Entre le 3 janvier 1959 à 3 h 45 au terme de 7 mois $\frac{1}{2}$ pour perte du bouchon muqueux et contractions utérines.

Examen à l'entrée :

- . Hauteur utérine 29 cm, tête en bas, dos à droite.
- . Bruits du coeur perçus.

Toucher vaginal :

- . Col dilaté à 1 F épais centré.
- . Membranes intactes
- . Présentation céphalique mobile.

A 15 h 45 : Dilatation complète, efforts expulsifs.

Accouchement naturel d'un garçon vivant, criant aussitôt pesant 2.200 g.-

Délivrance naturelle complète.

Présente le 4 janvier soit 24 heures après la naissance :

- . une hypertonie généralisée
- . des crises convulsives.

La ponction lombaire ramène un liquide xanthochromique.

Albuminorachie 0,40 g.

Il reçoit 2 cg de gardénal par jour, mis sous antibiotiques.

Le 7 janvier respiration irrégulière, hypothermie, mais tête bien, pas de crises convulsives.

Le 8 : respiration régulière.

Le 14 : est sorti de l'incubateur.

Sortie le 7 février 1959 avec un comportement qui paraît normal.

L'enfant n'a pas été suivi par la suite par la consultation de pédiatrie de la maternité.

Cas n° 14

BRE... Primipare

Pas d'antécédents particuliers.

Non suivie par la consultation.

Hospitalisée le 10.1.59 au terme de 6 mois $\frac{1}{2}$ pour métrorragies abondantes de sang rouge.

Examen à l'entrée à 12 h 30.

Hauteur utérine 30 cm

Toucher vaginal : col perméable à l'orifice interne, présentation du siège.

Bruits du coeur irréguliers.

17 h 45 : bonnes contractions utérines.

19 h : Dilatation 5 F

Bruits du coeur non perçus.

21 h : dilatation petite paume.

Présentation du siège encore élevée.

21 h 45 : Poche des eaux bombante, rupture artificielle, écoulement d'un liquide méconial.

22 h 10 : accouchement naturel d'un garçon vivant criant aussitôt pesant 1400 g

22 h 15 : 2ème jumeau : accouchement par grande extraction d'une fille pesant

1380 g, criant aussitôt.

Les deux enfants sont descendus en incubateur.

Le 1er jumeau, garçon, présente au bout de 24 h des signes d'hémorragie méningée : hypertension, cyanose. La ponction lombaire ramène un liquide xanthochromique. Décès de cet enfant le 7 février.

o

Cas n° 15

BUS ... Primipare

Pas d'antécédents particuliers.

Evolution normale de la grossesse.

Entre le 18 janvier 59 au terme de 7 mois $\frac{3}{4}$ pour contractions utérines.

Examen à l'entrée : Hauteur utérine 36 cm.
0 h 20 : Tête en bas, dos à gauche, bruits
du coeur perçus.

Toucher vaginal :

- . col épais souple, dilaté à 2 F
- . Présentation du sommet, au détroit supérieur
- . Membranes intactes.

La femme reçoit une injection intra-musculaire de :

- . Phénergan-dolosal (1 ampoule de chacun de ces analgésiques).

Rupture provoquée de la poche des eaux.

A 1 h : dilatation petite paume.

tête engagée en O.I.G.A.

bruits du coeur bien frappés

Les contractions utérines, brèves se succèdent toutes les 7 ou 8 minutes.

La parturiente reçoit une injection intramusculaire de 1 unité de syntocinon.

A 1 h 45 : dilatation complète

tête à la partie basse de l'excavation en occipito-pubienne

bons bruits du coeur

A 2 h : Accouchement normal au terme de 7 mois
3/4 d'un garçon vivant criant aussitôt pesant 2.300 g. Délivrance naturelle complète.

L'enfant présente un aspect normal jusqu'à 9 h 1/4 ; là : apnée, accès de cyanose prolongé. On lui fait 1/2 ampoule de caféine, on le met sous la tente à oxygène.

La ponction lombaire ramène un liquide hémorragique.

Le 19 : ictère, hypertonie, se tient en opisthotonos. Foie palpable, rate non perçue.

Le 20 : ictère cuivré ; convulsions fréquentes, dyspnée.

Le 22 : Bradypnée, irrégularité respiratoire.

Décès le 23.

Cas n° 16

ALB... Primipare

Pas d'antécédents notables.

Suivie depuis le 8ème mois de sa gestation par la consultation.

Hospitalisée début mars 1959 pour oligurie dysurie et oedèmes importants des membres inférieurs.

Le bilan rénal pratiqué à ce moment est normal fonte des oedèmes sous l'influence du traitement.

Examen obstétrical normal

Réhospitalisation le 20.3.59 à 11 h 30

Hauteur utérine 34 cm, léger excès de liquide, utérus tonique en permanence, bruits du coeur perçus.

Toucher vaginal : col mince dilatation 2 F
segment inférieur mince
tête au détroit supérieur

Le bassin paraît normal.

15 h 30 : Rupture artificielle de la poche
des eaux
Dilatation 5 F
bruits du coeur perçus

16 h 30 : Même dilatation, tête appliquée au
détroit supérieur
Bruits du coeur perçus
Injection intra-musculaire d'une
ampoule de Phénergan.

19 h 30 : même dilatation, contractions uté-
rines espacées de 3 minutes, très
brèves.

Pose d'une perfusion intraveineuse de 10
unités de syntocinon dans 250 cc de sérum glu-
cosé isotonique. Débit 20 gouttes par minute.

20 h 50 : même examen, oedème du col débutant
Pose d'une 2ème perfusion.

21 h 15 : Contractions utérines espacées,

bruits du coeur perçus. Dilatation grande paume.

22 h 30 : Pas de progrès de la dilatation aux examens successifs.

Injection intramusculaire de 5 unités de post-hypophyse.

La présentation progresse alors jusqu'au détroit moyen : sommet en O.I.D.T., dilatation grande paume.

Col souple

Bruits du coeur perçus.

0 h 5 : Dilatation complète. Application de forceps Démelin pour inertie utérine et fatigue maternelle.

Naissance d'un garçon vivant criant après désobstruction des voies aériennes, pesant 3.580 g, reçoit 1 ampoule de vitamine K1 et une ampoule de solurutine en injection intramusculaire.

Le 22 soit 24 heures après la naissance :
Enfant dyspnéique, début d'ictère

Le 23 se tient en opisthotonos

Les réflexes sont normaux

La ponction lombaire ramène un liquide rouge trouble.

Pas de germes à l'examen direct.

L'enfant reçoit 2 cg de gardénal par jour

200.000 U de pénicilline

0,10 g de Streptomycine

est conservé en chambre chaude sous une tente à oxygène.

Le 24 :

- . Culture du liquide céphalo-rachidien
- négative.
- . Radio du crâne normale
- . Décroissance de l'ictère
- . Le tonus est redevenu normal
- . Les réflexes sont normaux.

Sort le 10ème jour après la naissance avec un comportement normal.

Cet enfant a été régulièrement suivi par la consultation de protection maternelle et infantile rattachée à la maternité de l'hôpital de Neuilly, jusqu'en septembre 1960 : bon développement psycho-moteur, enfant vigoureux mais très nerveux.

o

Cas n° 17

CHA... Quatrième pare

Antécédents : poliomyélite à 15 ans sans séquelles.

1ère grossesse en 1955 : accouchement par forceps d'une fille pesant 4.250 g, délivrance artificielle.

2ème grossesse en 1956 accouchement normal à terme d'une fille pesant 3.200 g.

3ème grossesse en 1957 accouchement normal à terme d'un garçon pesant 4.000 g, délivrance artificielle.

4ème grossesse actuelle normale jusqu'au terme de 5 mois 3/4 : fait une chute violente le 20.3.59.

Depuis la chute : pertes sanguinolentes, température oscillant autour de 38° à 39° malgré les antibiotiques.

Hospitalisée le 25.3.59

Examen à l'entrée :

Dilatation petite paume

Rupture de la poche des eaux : issue d'un liquide sanglant.

Accouchement naturel au terme de 5 mois 3/4 d'une fille pesant 1080 g criant aussitôt, descendue en incubateur dans le service de médecine enfant.

Enfant très cyanosé, oedèmes importants, gavages difficile. La ponction lombaire faite

le 4 avril montre un liquide jaune citrin avec
à la cellule de Wageotte 3 hématies / mm³.

Albumine : 1 g %/oo

L'enfant présente des mouvements convulsifs
des bras et des jambes.

Décès le 8 avril.

o

Cas n° 18

DUC... Primipare de 32 ans.

Dernières règles du 10 août 58

Antécédents : scarlatine à 12 ans, découverte
à 15 ans d'un souffle d'insuffisance mitrale.

Le 30.12.58 : hospitalisée au 4ème mois de la
gestation pour dyspnée d'effort
tendances lipothymiques, douleurs lombaires bi-
latérales.

Auscultation du coeur : souffle systolique,
maximum d'intensité dans le 3ème espace inter-
costal gauche irradiant vers la pointe

1er bruit assourdi

2ème bruit éclatant

Les fosses lombaires sont douloureuses et em-
pâtées, dans les urines présence de colibacille.

Le 23.2.59 : 2ème hospitalisation pour :

- . vomissements incoercibles
- . douleurs lombaires
- . épistaxis
- . traces d'albumine dans les urines

Le 26.2 : rupture spontanée de la poche des
eaux.

A 9 h : grossesse au terme de 7 mois
hauteur utérine 25 cm
rares contractions utérines
bruits du coeur perçus.

Toucher vaginal :

- tête en bas, élevée, mobile,
- col court, postérieur, fermé.

A 10 h : col dilaté à 1 F

A 12 : dilatation petite paume

A 12 h 30 : Dilatation complète

- . application de forceps Suzor sur sommet en occipito-pubienne
- . extraction d'une fille vivante criant aussitôt pesant 1450 g.
- . Délivrance artificielle.

L'enfant reçoit une injection intramusculaire d'une ampoule de solurutine et d'une ampoule de vitamine K1, il est descendu au service des prématurés.

Le 27 : cyanosé il présente des mouvements convulsifs.

La ponction lombaire ramène un liquide rouge cerise

Décès à la 3 ème heure.

o

Cas n° 19

QUE... Primipare

Pas d'antécédents notables.

Evolution normale de la grossesse qui est à terme.

Entrée le 18.4.59 à 11 h :

- . Hauteur utérine 32 cm
- . Contractions utérines toutes les 5 minutes depuis 8 heures du matin. Bruits du coeur perçus.

Toucher vaginal : col postérieur, agglutiné
segment inférieur mince
poche des eaux intacte --
tête engagée en O.I.D.P.

La parturiente reçoit une injection de spasmalgine en intra-musculaire, 3 fois à une demi heure d'intervalle.

De 15 h à 18 h : pas de progrès de la dilatation

1 ampoule de dolosal en intra-musculaire

20 h : bruits du coeur perçus
dilatation 1 F
bonnes contractions utérines.

On refait une série de 3 spasmalgines

22 h 30 : Bruits du coeur perçus
dilatation petite paume --
rupture de la poche des eaux.

On fait 20 cg de spartéine à la parturiente.

23 h 30 : Dilatation complète, tête mal fléchie en occipito-iliaque droite postérieure à la partie basse de l'excavation.

23 h 45 : Tête en occipito-iliaque droite transverse à la vulve.

0 h 25 : Bosse séro-sanguine efforts expulsifs inefficace la tête est toujours en O.I.D.T.

Application de forceps Suzor avec lacs.

0 h 40 : extraction d'une fille vivante
criant après 6 minutes de soins
ayant reçu ½ ampoule de caféine. Poids 3470 g.

Le 22 l'enfant boit difficilement, est hypertonique, se tient la tête rejetée en arrière.

Moro incomplet.

Les réflexes locomoteurs sont absents.

La ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien xantochromique avec un taux d'albumine à 1,20 g %/∞.

L'état de l'enfant s'améliore rapidement.

Le 27 : le tonus est sensiblement normal

Moro normal

Locomoteurs présents.

Sort avec un comportement qui paraît normal, ayant repris son poids de naissance.

Cet enfant n'a pas été suivi par la suite par la consultation de pédiatrie de la maternité.

Cas n° 20

OND... Troisième pare à terme.
Pas d'antécédents particuliers.

2 grossesses normales. Evolution normale de la 3ème.

Entre le 14.5.59 à 21 h 30

Hauteur utérine : 30 cm
tête en bas, dos à gauche
bruits du coeur perçus

Toucher vaginal :

col dilaté à 5 F petite paume
membranes rompues, liquide clair abondant
pas de contractions utérines

On lui fait 3 fois 20 cg de spartéine.

O h 20 : Accouchement normal à terme d'une
fille vivante, pesant 2.900 g, cri-
ant sous oxygène.

L'enfant geint, est hypotonique, gardé en
chambre chaude sous la tente à oxygène.

La ponction lombaire montre :

- un liquide xantochromique avec 1200 héma-
ties/mm³ à la cellule de Nageotte
- albuminorachie : 1,20 g %/..

Décès à 4 heures du matin.

Ce cas se place à part dans la série, enfant
à terme, accouchement normal dans son déroule-
ment, à la suite d'une gestation normale chez
une 3ème pare.

L'autopsie pratiquée n'a pas apporté de ren-
seignements pouvant expliquer l'hémorragie mé-
ningée : pas de malformation vasculaire.
Les autres viscères étaient normaux.

o

Cas n° 21

LE G... Primipare au terme de 7 mois.
Dernières règles du 25 au 29 octobre 1958.

Entrée le 4.6.59 à 19 h

Hauteur utérine 29 cm.

Tête en bas dos à gauche

Bruits du coeur perçus.

Toucher vaginal :

Col souple, dilatation petite paume

Poche des eaux intacte

Tête fixée au détroit supérieur

19 h 45 : Dilatation grande paume
Rupture artificielle de la poche
des eaux. Liquide clair.
Bruits du coeur perçus

20 h 35 : Dilatation complète
Tête à la partie basse de l'excava-
tion en occipito-pubienne.

20 h 40 : Accouchement normal au terme de 7
mois d'un garçon vivant criant aus-
sitôt pesant 2.100 g descendu au service des
prématurés.

Délivrance naturelle complète.

Le 5.6.59 : l'enfant présente des accès de
cyanose.

La radiographie du thorax est normale

Le 8 juin : la ponction lombaire montre un
liquide xanthochromique avec :

- 760 hénaties
- 26 leucocytes par mm³ à la cellule de Na-
geotte
- albuminorachie : 0,40 g %/..

Les accès de cyanose disparaissent rapidem-
ment, l'enfant sort le 8 juillet avec un com-
portement normal, il pèse alors 2.500 g.

o

Cas n° 22

DEL... Deuxième pare, au terme de 7
mois.

Aucun antécédent notable

1er accouchement normal

2ème grossesse actuelle, dernières règles du 5 au 9 février 59.

Envoyée par une clinique privée pour présentation de l'épaule.

A l'entrée le 13.11.59 à 14 h 30

Toucher vaginal :

- . Présentation céphalique avec procidence d'un bras
- . Dilatation petite paume
- . Bruits du coeur perçus.

15 h 30 : On refoule le bras procident lors d'une contraction
Dilatation grande paume.

15 h 45 : Dilatation complète tête en occipito-pubienne

15 h 50 : Accouchement normal au terme de 7 mois d'un garçon vivant, criant aussitôt pesant 1.590 g
Délivrance naturelle complète.

L'enfant présente une ischémie importante du membre supérieur droit avec une plaque sphacélée sur l'avant bras, mis en couveuse-décès le 14.11.59 soit au bout de 24 heures.

A l'autopsie :

- . Hématome du cuir chevelu
- . Hémorragie sous arachnoïdienne en nappe
- . Poumons infarcis ne flottent pas.

o

Cas n° 23

PET... Troisième pare, dernières règles en mai 59.

1957 : accouchement au terme de 8 mois (?) d'un garçon pesant 3.270 g

1958 : avortement gémellaire au terme de 4 mois.

3ème grossesse actuelle normale jusqu'au

7ème mois présente des métrorragies depuis le 15 janvier 1960.

Hospitalisée le 25 janvier pour une hémorragie particulièrement importante :

hauteur utérine 33 cm

bruits du coeur perçus.

Toucher vaginal : col perméable au travers duquel on sent le placenta.

L'essai de rupture large des membranes déclenche une hémorragie très importante, la tension artérielle s'effondre à 7/4.

On décide la césarienne :

Césarienne basse transversale suivant les procédés habituels.

Extraction facile d'un enfant vivant criant après les soins habituels pesant 2.180 g.

Le placenta est inséré sur le pourtour de l'orifice interne du col. La partie antérieure du segment inférieur est amincie et taraulée . On termine le décollement manuel du placenta qui est très adhérent.

- L'enfant est descendu dans le service des prématurés
- présente une hypertonie marquée et des convulsions
- la ponction lombaire montre un liquide rouge cerise.

L'enfant meurt au bout de 24 heures.

Cas n° 24

LEV... Primipare

Terme dépassé de 15 jours d'après la date des dernières règles (6 au 8 mai 1959)

Entrée le 3 mars 1960 à 17 h :

Contractions utérines subintrantes

Toucher vaginal :

Dilatation grande paume

Membranes rompues, liquide méconial

Tête à la partie moyenne de l'excavation
bosse séro-sanguine

18 h 30 : Application de forceps Démélin pour
fatigue maternelle et souffrance
foetale antérieure.

Extraction d'une fille vivante criant sous
oxygène après désobstruction des voies aériennes
supérieures, respiration artificielle, pesant
4.050 g ; reçoit une injection intra-musculaire
d'une ampoule de solurutine et d'une
ampoule de vitamine K1.

La mère fait un état de choc grave 10 minutes
après la naissance de l'enfant.

Le 4 mars l'enfant est hypotonique, les réflexes
ne sont pas retrouvés.

Le 5 hypertonie importante, mouvements cloniques
du bras gauche.

Le 6 contracture des membres supérieurs,
alimentation impossible.

La ponction lombaire montre un liquide légèrement
teinté avec à la cellule de Nageotte
3000 hématies et 25 leucocytes par mm³

Le 10 présence de pyocyaniques dans la gorge
L'état de l'enfant s'améliore lentement
le tonus redevient normal.

Le 16 la ponction lombaire ramène un liquide
incolore :

- avec 5 leucocytes par mm³ à la cellule de Nageotte
- albuminorachie : 0,18 g %/‰ .

o

Cas n° 25

LAM... Primipare au terme de 7 mois
(Dernières règles du 20 au 24 août 1959)

Non suivie par la consultation de la maternité.

Entrée le 6.3.60 à 15 h :

Hauteur utérine 36 cm

Dilatation complète

Présentation face ou siège ?

15 h 50 : Pose d'une perfusion de 5 unités de syntocinon dans 250 cc de sérum glucosé isotonique.

16 h 45 : Face en mento-pubienne à la partie basse de l'excavation.

17 h 35 : application de forceps Démélin avec lacs pour non progression sur une face en M.P.

Extraction d'un garçon vivant pesant 2.100 g

Le toucher vaginal perçoit :

une 2ème poche des eaux

un siège au détroit supérieur

Rupture de la poche des eaux : liquide clair

Grande extraction du siège systématique,

Manoeuvre de Mauriceau sur tête dernière

Garçon vivant criant après 5 minutes de soins, pesant 2.250 g.

L'examen du placenta montre que c'est une gémellaire bivitelline monochoriale.

Le 2ème jumeau présente plusieurs accès de cyanose, il est descendu dans le service des

prématurés.

Le 7 : enfant très cyanosé, teint gris, respiration irrégulière, saccadée, réflexes archaïques inexistants.

Le 8 : enfant gris, respiration lente, râles à la base gauche.

Le 9 : mis en incubateur, est moins cyanosé, mais geint. La ponction lombaire montre un liquide sanglant. Albuminorachie : 3 g %/oo.

A 16 h : apnée terminale.

A l'autopsie : ventricules inondés de sang avec gros caillots.

o

Cas n° 26

JUL... Primipare de 37 ans, au terme de 8 mois.

Pas d'antécédents notables.

Dernières règles du 13 au 17 août 59.

La grossesse a évolué normalement.

Entrée le 3.5.60 à 15 h 30.

Hauteur utérine 33 cm
bruits du coeur perçus.

Toucher vaginal :
Présentation céphalique
Dilatation 5 F
Poche des eaux intacte

17 h 30 : reçoit 20 cg de spartéine

18 h 30 : pas de contractions utérines.
rupture de la poche des eaux au
cours de l'examen : issue de 2 litres de liquide clair.

21 h : Dilatation grande paume, tête engagée.
en occipito-iliaque gauche antérieure.

21 h 10 : accouchement naturel d'un garçon
pesant 2050 g, très cyanosé, criant

après désobstruction et administration d'oxygène, geint sans arrêt.

Le 4 : grasping : douteux, Moro : présent, succion : normale.

Poumon et coeur semblent normaux à l'auscultation, foie et rate de volume normal.

La ponction lombaire ramène un liquide sanglant.

Le 5 : ictère débutant.

La numération sanguine montre 3.900.000 hématies et 20.000 globules blancs / mm³

Le groupe de l'enfant A Rh + est le même que celui de la mère.

L'enfant reçoit : gardénal 2 cg, Pénicilline 500.000 U

Le 7 mai : ictère intense : bilirubine 160 mg %.

Le 8 mai : ictère intense : bilirubine 170 mg %.

L'enfant reçoit 10 mg de cortancyl.

Le 10 mai : la recherche d'inclusions cytomégalytiques est négative.

L'ictère diminue notablement, l'état général s'améliore progressivement, l'enfant sort le 9 juin avec un comportement normal.

Il est revu en consultation de P.M.I. le 27.6.60.

Poids à un mois et 24 jours : 3.140 g, mesure 48 cm.

Réflexes : Moro et locomoteurs ébauchés ne sourit pas.

Le 7.9.60 : âgé de 4 mois pèse 5470 g, mesure 56,5 cm.

Le 11.12.60 : âgé de 7 mois $\frac{1}{2}$ pèse 6.950 g, mesure 65,5 cm, forte pâleur, attitude en scoliose, chapelet costal, fontanelle largement ouverte.

Le 8.3.61 : 10 mois $\frac{1}{2}$ ne se tient pas assis.

Le 8.5.61 : 12 mois : 8,09 kg, se tient bien assis.

o

Cas n° 27

MOS... Huitième pare au terme de
7 mois 1/4

Dernières règles du 2 au 6 septembre 1959

Antécédents :

6 accouchements normaux à terme

La 7ème grossesse est interrompue au terme de 6 mois, garçon pesant 1200 g, décédé à l'âge de 8 jours.

Evolution normale de la 8ème grossesse.

Hospitalisée le 24.4.60 à 15 h 25 pour métrorragies et contractions utérines survenant tous les 1/4 d'heure.

Examen à l'entrée :

Hauteur utérine 31 cm

Siège dans l'hypocondre gauche

Tête dans la fosse iliaque droite

Bons bruits du coeur.

Toucher vaginal :

excavation vide

dilatation 5 F

poche des eaux bombante au travers de laquelle on sent un petit membre.

A 17 h : dilatation petite paume, contractions toutes les 10 minutes, bruits du coeur perçus.

Vers 22 h : la dilatation est à grande paume, les contractions s'estompent, la femme s'endort.

Le 25.4.60 à 9 h 30 : même examen

bruits du coeur perçus

On fait 20 cg de spartéine.

A 11 h : rupture artificielle de la poche des eaux, issue d'un liquide clair.

Rares contractions utérines

On fait 2 unités de syntocinon en intramusculaire.

A 11 h 35 : On fait une intra-musculaire de 2 unités de post-hypophyse.

A 11 h 5 : les bruits du cœur se ralentissent.

Au toucher vaginal on perçoit le cordon procident qui ne bat plus.

Les bruits du cœur sont inaudibles.

On pratique une version par manoeuvres internes suivie d'une grande extraction du siège.

Naissance d'un enfant du sexe masculin, pesant 2.150 g, criant après 5 minutes de soins.

Il reçoit une ampoule de solurutine et une ampoule de vitamine K1 en intramusculaire.

Il meurt à la 15ème heure.

L'autopsie constate une hémorragie méningée et un hématome comprimant le tronc cérébral.

DISCUSSION

-:-

Sur ces 27 cas on dénombre :

1/ 12 accouchements sans manoeuvres obstétricales et qui ne sont pas des naissances gémellaires :

Sur ces 12 cas : 8 décès et
4 évolution favorables.

2/ 4 naissances gémellaires qui se soldent par les décès des jumeaux atteints d'hémorragie méningée.

3/ 2 versions grande extraction du siège :
2 décès.

4/ 9 forceps : Sur ces 9 applications de forceps , on note un seul décès, foetus de 1450 g et 8 cas d'évolution bénigne.

Les 2/3 des cas d'évolution favorable sont donc à l'actif de l'application de forceps.

Il est logique de penser que les troubles qui ont nécessité l'application du forceps jouent un rôle plus important dans la genèse de l'hémorragie méningée que le forceps lui-même.

En effet :

a) Les forceps ont été pratiqués dans des cas bien précis, pour souffrance foetale manifeste :

- . modification des bruits du coeur
- . liquide teinté de méconium.

b) Dans 7 cas il y avait en outre une cause favorisante d'origine maternelle :

1° grossesse pathologique :

valvulite mitrale
inertie utérine
hypertonie utérine
hypertension artérielle
antécédents tuberculeux.

2° Bassin touché.

La proportion des hémorragies méningées au cours des applications de forceps pour la période considérée est de 8 pour 292, soit une incidence de 2,7 p. cent avec une mortalité de l'ordre de 0,3 p. cent.

Pendant la même période il y a eu au total 112 mort-nés et décédés dans les 8 premiers jours de la vie pour 3.126 naissances, soit une mortalité de 3,5 p.cent.

5/ Un enfant né par césarienne, donc à l'abri du "traumatisme obstétrical" n'en a pas moins fait une hémorragie méningé d'évolution rapidement fatale.

Au cours des 3 années considérées, on s'a-perçoit que :

1) Pour un nombre de naissances en augmenta-tion au cours des années 58, 59 et 60 :

La morbidité est restée la même en 58 et 59 soit en fait une diminution des hémorragies méningées dont la fréquence passe de

. 1,20 pour cent en 1958

. 1,03 pour cent en 1959

pour atteindre en 1960 le chiffre de 0,40 pour cent.

La mortalité a été légèrement supérieure en 1959, mais sur 11 nouveau -nés, 5 pesaient moins de 2.000 g, alors que en 1958, 2 seule-

ment étaient au-dessous de ce poids, ce qui suffit largement à expliquer la différence entre les chiffres de ces 2 années et confirme d'une manière éloquente le rôle déterminant de la prématurité et surtout de la grande prématurité dans la genèse des hémorragies méningées et de leur évolution.

- En 1960 la mortalité n'a pas baissé dans la même proportion que la morbidité en raison de la mortalité dont ont été grevées les manœuvres de version interne - grande extraction du siège.

- Nous avons en conséquence les pourcentages suivants de mort par hémorragies méningées pour l'ensemble des naissances :

- . 1958 : 0,50 pour cent
- . 1959 : 0,69 pour cent
- . 1960 : 0,40 pour cent

Il a été malheureusement impossible sauf 2 fois de connaître le devenir des 12 survivants, l'un des 2 enfants suivis paraît n'avoir gardé aucune séquelle motrice, l'autre a été nettement retardé dans son développement durant la première année de sa vie.

- Il s'impose donc un certain nombre de mesures prophylactiques ou thérapeutiques :

a) Surveillance de la gestation :

- . Dépistage de l'albuminurie
- . Contrôle régulier de la tension artérielle
- . Mise en oeuvre d'un régime en cas de prise de poids anormale
- . Dépistage et traitement, s'il y a lieu des insuffisances hormonales qui seront régulièrement suivies par les dosages
- . Traitement des infections et en particulier des infections urinaires.

Cette surveillance tend à réduire les fac-

teurs générateurs de prématurité et de débilité.

b) Surveillance de l'accouchement avec l'idée d'épargner au maximum le choc obstétrical à l'enfant et en particulier au prématuré, ceci par :

- l'oxygénothérapie au cours du travail
- la prudence dans l'emploi d'ocytociques
- l'abstention si possible de tout anti-spasmodique toxique dans les 2 heures qui précèdent l'expulsion
- Le raccourcissement de la période d'expulsion par l'épisiotomie et l'application judicieuse du forceps qui évitent le traumatisme de la tête sur un périnée résistant.

- L'enfant étant né, douceur dans les manoeuvres de désobstruction et de réanimation, d'autant plus que l'enfant est plus débile.

- Réchauffement, oxygenation, mise rapide en incubateur si besoin.

- L'emploi preventif des substances anti-hémorragiques est controversé, son utilité paraît en effet souvent aléatoire :

- La vitamine E chez la mère : 6 à 9 comprimés de 100 mg quelques heures avant l'accouchement,

- Chez l'enfant, vitamine K1, 10 mg en injection malgré l'incertitude de son action, on peut lui adjoindre la vitamine P, la vitamine E. On peut également utiliser l'adrénoxyl à la fois contre le choc et la fragilité capillaire. On l'emploie à la dose de 500 à 1000 gammas en injection intra-musculaire.

- L'hémorragie méningée confirmée on peut outre les substances visant à renforcer la résistance capillaire utiliser les médications neurologiques pour essayer d'agir contre le choc:

Ont été proposés le largactyl, le phénergan et le gardénal, en association, de manière à obtenir une hypothermie relative contrôlée pour diminuer les troubles neurovégétatifs.

On peut les administrer sans danger pour l'enfant, par voie orale avec un compte gouttes, répartis en doses minimales données toutes les heures aux doses de 2 mg/kg de poids pour le largactyl et le phénergan, 20 à 25 mg par kg de poids pour le gardénal.

Chez ces enfants particulièrement fragiles tout doit être mis en oeuvre pour éviter une infection :

- . Prévention de l'infection amniotique par mise en position déclive, aspiration pharyngée, le lavage et l'aspiration gastrique dès que les signes cliniques la font soupçonner.

- . Les infections cutanées muqueuses, respiratoires secondaires ainsi que les affections intestinales seront avec un bonheur plus ou moins grand traitées par les antibiotiques.

Mais, surtout, la prévention de l'infection est importante. Obtenue par une asepsie rigoureuse, beaucoup plus que par l'emploi systématique préventif des antibiotiques.

La surveillance de ces enfants comprendra en outre, une fois le cap critique passé:

- . La mesure hebdomadaire du périmètre crânien, toute augmentation rapide de plus de 1 cm devant faire craindre une hydrocéphalie.

- . Faire à intervalle régulier les tests de développement psycho-moteur du type des tests de Gesell qui seront surtout utiles à partir du 3ème ou du 4ème mois; car c'est souvent à

ce moment que l'on remarque certains signes :

• défaut de fixation du regard qui ne suit pas les objets

- manque de gazouillis
- persistance des réflexes archaïques
- plus tardivement absence de préhension
- radio palmaire puis digitale
- troubles affectifs.

En même temps se précisent des troubles neurologiques :

- Hypertonie
- paralysies diverses
- mouvements anormaux.

On dressera alors un bilan des séquelles.

- C'est donc une surveillance à la fois de la mère pendant la grossesse et l'accouchement pour prévenir l'hémorragie méningée, de l'enfant pendant les premières heures et les premiers jours de la vie pour éviter une issue fatale ou des séquelles graves qui s'impose pour diminuer le chiffre des hémorragies méningées et leur gravité.

STATISTIQUES DU SERVICE POUR LES
ANNEES 1958 1959 1960

	1958	1959	1960
Nombre d'accouche- ments	989	1060	1077
Nombre d'applica- tions de Forceps	105	117	70
Nombre de prématu- rés vivants	88	115	111
Nombre total des dé- cès et mort-nés	36	36	40
Nombre total des hé- morragies méningées	11	11	5
Décès par hémorragie méningée	5	7	3

Enfant	Terme Poids naiss.	Parité	Déroulement du Travail et manoeuvres obstétricales	Pathologie de la ges- tation et antécédents	Soins à la naiss.	Evolu- tion
THO... 3.2.58	à terme 3880 g	I	Application de forceps Démélin pour non pro- gression et souffrance foetale Post-hypophyse 2 U ½ Perfusion de 5 U de Syntocinon	N		bénigne
ANT... 28.5.58	8 mois 2600 g	I	Hypertonie utérine léger excès de liquide 1 spasmalgine IM et 20 cg de spartéine	N		décès le 3ème jour
LEC... 29.6.58	8 m ½ 2630 g	I	Hypertonie utérine 3 spasmavérines 1 spasmalgine Perfusion 5 U Syntoci- non dans 250 cc de glu- cosé Forceps Démélin pour souffrance foetale	N	Soluru- tine + Vit.Kl Réanimé 5 mn	bénigne

Enfant	Terme Poids naiss.	Parité	Déroulement du Travail et Manoeuvres obstétricales	Pathologie de la ges- tation et antécéd.	Soins à la naiss.	Evolution
BOU... 21.8.58	Terme 2260 g	III	Travail normal, durée 6 heures	Evol. normale de la gestat. 2 acc. pré- nat. ds les antécédents		bénigne
DEN... 28.8.58	Terme 3600 g	I	Forceps Tarnier à la vulve 1 phénergan dolosal	Tuberculose pulmonaire	Soluruti- ne et vi- tamine Kl	bénigne
CLE... 29.8.58	7 mois 1250 g	I	Hypertonie utérine liquide méconial latéro-cidence du cor- don	traces albu- mine durant la gestation		décès ds les 48 h
BIL... 30.9.58	Terme 2950 g	I	Perfusion de 5 U de Syn- tocinon ds 250 cc de sé- rum glucosé isotonique	N		décédé ds les suites opérat. (Hernie diaphragm)
TOU... 29.10.58	8 mois 1660 g	I	Gémellaire univitelline foetus transfuseur accouchement normal	Métrorragies entre le 2° et le 3° mois	Soluruti- ne & Vit. Kl	Décès à la 36ème heure

Enfant	Terme Poids Parité naiss.	Déroulement du Travail et manoeuvres obstétricales	Pathologie de la ges- tation et antécédents	Soins à la naiss.	Evolution
RIC.... 5.11.58	Terme 3400 g I	Liquide méconial. Perfu- sion 10 U d'ocytocine ds 500 cc de sérum glucosé Forceps Démélin	H.T.A. avec maxima à 17 depuis le 7ème mois	Soluruti- ne et vitamine KL	Bénigne
SER.... 18.11.58	8 mois 2900 g I	N	albuminurie depuis le 3°. mois. Infect. urinaire à proteus		décès le 5.12.58
JAB.... 10.12.58	Terme 3400 g I	Epreuve du Trav.pr.bas- sin généralement rétréci Perfusion Syntocinon 10 U dans 500 cc de sérum glu- cosé isotonique Forceps Démélin	N	Soluruti- ne et vi- tamine KL	bénigne
PER.... 3.I.59	7 m. ½ 2200 g I	N	N		bénigne
BRE.... 10.I.59	6 m. ½ 1400 g II	gémellaire bivittelline liquide méconial	N	Soluruti- ne et vi- tamine KL	décès le 5.2

Enfant	Terme poids naiss.	Parité	Déroulement du Travail et manoeuvres obstétricales	Pathologie de la ges- tation et antécédents	Soins à naissan- ce	Evolu- tion
BUS... 18.1.59	7 m. 3/4 2300 g	I	N	N		Décès le 25.1
ALB... 21.3.59	Terme 3580 g	I	Excès de liquide Perfusion 10 U Syntoci- non ds 250 cc sérum glu- cosé isotonique Inertie utérine Forceps Démélin	Dysurie et douleurs lom- baires pdt le dernier mois	Soluruti- ne. Vita- mine K1 caféine	Vita-bénigne K1
CHA... 25.3.59	5 m 3/4 1080 g	IV	liquide amniotique saignant	Chute 10 j avt accouchement: depuis métror- ragies		décès
DUC... 26.3.59	7 m 1/2 1450 g	I 32 ans	Forceps Suzor pour valvulite mitrale	Maladie mitra- le. Pyélonéphri- te pdt la ges- tation	Soluruti- ne et vi- tamine K1	Décès
QUE... 19.4.59	Terme 3470 g	I	Forceps Suzor pr non ro- tation après 40 mn d'ef- forts expulsifs		Soluruti- ne et vi- tamine K1	bénigne K1
OND... 15.5.59	Terme 2900 g	III	N	N		décès

Enfant	Terme Poids. naiss.	Pa- rité	Déroulement du Travail et manoeuvres obstétricales	Pathologie de la ges- tation et an- técédents	Soins à la nais- sance	Evolut- tion
LE G... 4.6.59	7 mois 2100 g	I	N	N		bénigne
DEL... 13.11.59	7 mois 1600g.	II	Prolapsus du bras droit	N		décès le 15
BUL... 18.11.59	7 m ½ 1980 g	IV	Gémellaire univitelline Excès de liquide	N		décès
PET... 25.1.60	7 m ½ 2180 g	II	Césarienne pour placen- ta praevia	Métrorragies vers la fin du 6ème mois		décès
LEU... 3.3.60	Terme dépassé de 15 J. 4050g	I	Forceps Démélin choc	N	Soluruti- ne et vit.K1	bénigne
LAM... 6.3.60	7 mois 2250 g	I	2ème jumeau grande extraction du siège	N		décès

Enfant	Terme poids- naiss.	Parité	Déroulement du Travail et manoeuvres obstétricales	Pathologie de la gestation et antécé- dents	Soins à la nais- sance	Evolu- tion
MAS... 25.4.60	7 m 1/4 2150g	VIII	Version grande extrac- tion pour procidence du cordon	N	Soluru- tine et vitami- ne KL	décès 15 heures
JUL... 3.5.60	8 mois 2050 g	I	Excès de liquide	N		bénigne

CONCLUSIONS

-:-

Dans la genèse des hémorragies méningées

. la grossesse pathologique comme facteur de prématurité ou de débilité

. l'accouchement pathologique comme cause d'anoxie jouent un rôle de premier plan,

alors que les troubles de la crase sanguine apparaissent plutôt comme secondaires et liés à la prématurité.

- L'application de forceps loin d'être une cause de l'hémorragie méningée, lorsque son indication est posée à bon escient permet au contraire à l'enfant d'éviter le traumatisme obstétrical de la période d'expulsion.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : R. MERGER

Vu :
Le Doyen :
Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
Signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

--

ALAGILL D.

Le risque hémorragique chez le nouveau-né, prévention et traitement
Le Nouveau-né - Thérapeutique médicale - Prévention et soins - MM. Lelong, F. Lepage, A. Rossin.
Chapitre IV - Pain et C° 1958

JAHIER

Le syndrome hémorragique du nouveau-né
Masson 1939

LACOMME M.

Hémorragie du nouveau-né et carence en vitamine K - Résultat du traitement vitaminique dans les hémorragies digestives et ombilicales
S.H. de P. 21,252 - 1945

LANTUEJOUL

Leçons cliniques du Jeudi soir

LARRIERU, SOULIER, MINKOWSKI

Le sang du cordon ombilical - Etude complète de sa coagulabilité - Comparaison avec le sang maternel.
Centre international de l'Enfance - Etude néonatale 1952; n° 1 ; I/20

LEPAGE F.

Traumatisme obstétrical cranio-encéphalique et sa prévention
Revue du Praticien T.IX, 31 3309 1959

MINKOWSKI A.

L'atteinte des petits vaisseaux aux
causes des hémorragies du nouveau-né
Le Sang 22 703 1951

MINKOWSKI A., VERNES M.C.

Etude comparée de la résistance vas-
culaire chez la femme en travail et
le nouveau-né à terme et prématuré.
Action de l'esculoside. Discussion de
l'action hormonale
Arch. Fr. de Pédiatrie 5 135 1948

SOULIER J.P.

La prothrombine et la vitamine K
chez l'enfant
Thèse Paris 1945

SOULIER J.P.

Syndrome hémorragique du nouveau-né
et du nourrisson
Encycl. Méd. Chir. de Pédiatrie 4082
A 10

ROSSIER A.

Manifestations nerveuses, infection et
prophylaxie anti-infectieuse chez le
prématuré
E.M.C. Pédiatrie 1959

PIGEAUD M. et CHARVET Fr

Lésions viscérales chez les nouveau -
nés
E.M.C. Obstétrique 1959

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

